Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

Parametry techniczne ambulansu rentgenowskiego - składającego się z pojazdu bazowego oraz zamontowanego nadwozia kontenerowego wraz z aparatem RTG i stacją akwizycyjną technika

(formularz wypełnia Wykonawca):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **j.m.** | **Wymagania****zamawiającego** | **Informacje jakie muszą być zawarte****w kolumnie nr 6** | **Oferta wykonawcy /oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Wymagania dotyczące parametrów technicznych pojazdu bazowego** |
| 1. | Rok produkcji |  |  2021 r. lub 2022 r. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 2. | Kolor nadwozia |  | Srebrny metalizowany | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 3. | Rodzaj |  | Pojazd przeznaczony do ruchu prawostronnego | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 4. | Długość całkowita pojazdu łącznie z zabudowąkontenerową | mm | Max. 8400 [mm] | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 5. | Szerokość pojazdu (z rozłożonymilusterkami) | mm | Max. 3200 [mm] | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 6. | Wysokość pojazdu | mm | Max. 3300 [mm] | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 7. | Miejsca siedzące w kabinie kierowcy |  | min. 2 miejsca (kierowca + 1 pasażer) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 8. | Rodzaj silnika | KM | Silnik wysokoprężny o mocy min. 220 KM | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 9. | Norma emisji spalin - tlenków azotu,tlenku węgla,węglowodorów oraz cząstek trwałych |  | Norma Euro 6 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 10. | Skrzynia biegów |  | Automatyczna lub manualna sześciostopniowa (min. sześć biegów do jazdy do przodu + bieg wsteczny) lub automatyczna | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. | Nośność nadwozia |  | Dostosowana do całkowitego ciężaru nadwozia kontenerowego wraz z wyposażeniem z minimum 20 % zapasem | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 12. | Tylne zawieszenie |  | Pneumatyczne | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 13. | Układy bezpieczeństwa |  | Wymagane:* układ zapobiegania blokowaniu kół podczas hamowania (ABS),
* system antypoślizgowy (ASR),
* elektroniczny program

stabilizacji (ESP) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 14. | Blokada mechanizmu różnicowego  |  | Wymagana | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 15. | Wlew paliwa |  | Zabezpieczający przed dostępem osób trzecich | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 16. | Zbiornik paliwa | litry | Minimum 250  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 17. | Tachograf cyfrowy | szt. | 1 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 18. | Klimatyzacja | szt. | Automatycznadwustrefowa | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 19. | Ogrzewanie kabiny kierowcy |  | Typu WEBASTO | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 20. | Wbudowana nawigacja GPS | szt. | 1 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 21. | Radio CB z kompletną instalacją | szt. | 1 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 22. |  Fotel kierowcy oraz pasażera |  | pneumatyczny  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 23. | Lusterka zewnętrzne | szt. | Podgrzewane, z elektryczną regulacjąco najmniej lusterka prawego | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 24. | Drzwi kabiny kierowcy |  | Z elektrycznie sterowanymi szybami w drzwiach bocznych | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 25. | Kamera cofania wraz z czujnikami parkowania |  | Czujniki parkowania umieszczone z przodui tyłu pojazdu:- z przodu pojazdu z sygnalizatoremakustycznym słyszalnymw kabinie pojazdu- z tyłu pojazdukoniecznie z sygnalizatoremakustycznym słyszalnym na zewnątrz pojazdupodczas cofania pojazdem oraz panoramiczną kamerą cofania i monitorem | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełniawymagań SWZ |  |
| 26. | Wyposażenie audio |  | Radioodtwarzacz z zestawem głośników | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 27. | Autoalarm |  | Wyposażony w funkcję dozoru wnętrza | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 28. | Dodatkowe gniazdo 12 V lub 24 V w kabinie kierowcy  | szt.  | 1 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 29. | Instalacja elektryczna |  | Z wyodrębnionąinstalacją 12 Vdo zasilania środków bezprzewodowych | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 30. | Kabina kierowcy |  | Wyposażona w spojler aerodynamiczny na kabinie - zmniejszający opory powietrza zabudowy kontenerowej | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 31 | Instalacja elektryczna  |  | Wyposażenie umożliwiające wykorzystanie pojazdu jako pojazd uprzywilejowany, oświetlenie uprzywilejowane w kolorze niebieskim, sterowane manipulatorem z graficznym oznaczeniem przycisków z wnętrza pojazdu, gwarantujące łatwą obsługę przez kierowcę oraz pasażera | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 32 | Instalacja elektryczna |  | Światła przeciwmgłowe przednie z oferty producenta pojazdu, posiadające homologację, wbudowane w zderzak, spojler lub światła zintegrowane z lampami zespolonymi | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 33. | Układ kierowniczy |  | Ze wspomaganiem i regulacją w dwóch płaszczyznach kolumny kierowniczej, kierownica wielofunkcyjna | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 34. | Urządzeniezwalniające |  | Układ napędowy wyposażony w urządzenie zwalniające, którego działanie nie wpływa na pracę układuchłodzenia silnika (retarder, intarder lub równoważny) jako fabryczne wyposażenie producenta podwozia bazowego. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia  wymagań SWZ |  |
| 35. | Centralny zamek |  | Obejmujący drzwi kabiny kierowcy. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 36. | Tarcze kół |  | Ze stopów lekkich lub stalowe, nie segmentowe z jednakowym ogumieniem bezdętkowym, wielosezonowym z oznaczeniem M+S wyposażone w osłony śrub mocujących (nie dotyczy kół bliźniaczych) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 37. | Koło zapasowe | szt. | 1 sztuka -pełnowymiarowe koło zapasowe z ogumieniem jak w kołach podstawowych, zawieszone pod podwoziem pojazdu | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 38. | Apteczka | szt. | 1  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 39. | Kamizelka odblaskowa | szt. | 2  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 40. | Trójkąt ostrzegawczy | szt. | 1 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 41. | Gaśnica | szt. | 1 sztuka GP-2 ABC,zamontowana w kabinie kierowcyw miejscu łatwo dostępnym. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 42. | Komplet dywanikówgumowych w kabinie kierowcy | kpl. | 1 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 43. | Kluczyki | kpl. | Minimum dwa komplety kluczyków z pilotami do alarmu oraz centralnego zamka drzwi kabinypojazdu | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | **Wymagania dotyczące parametrów technicznych nadwozia kontenerowego** |
| 1. | Kolor |  | Srebrny metalizowany | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 2. | Poszycie zewnętrznenadwozia |  | Wykonane z materiałów nierdzewnych lub o podwyższonej odporności na korozję (aluminium, blachy obustronnieocynkowane, tworzywasztuczne, laminaty, itp.) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZDodatkowo należyokreślić rodzaj materiału nadwozia |  |
| 3. | Osłona radiologiczna |  | Zapewniająca spełnienie określonych norm wprzepisach prawa | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 4. | Okno zewnętrznepomieszczeniatechnika |  | Oszklone szybą P4 z wewnętrzną żaluzją lub roletą przeciwsłoneczną | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 5. | Klimatyzacjaoraz ogrzewanie zabudowy |  | - zapewniające temperaturę pracy w zakresie 18-24 stopni Celsjusza,- działające niezależnieod pracy silnika | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 6. | Sposób zabudowywnętrza nadwozia kontenerowego |  | Kontener podzielony na dwie części: od wejścia wydzielone miejsce z aparatem RTG, stołem kostnym i statywem płucnym,  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | krzesłem dla pacjenta, wieszakami na ubrania pacjenta oraz fartuchy ołowiane, lampą bakteriobójczą.druga część - wydzielone miejsce na sterownię technika, z zabudową biurową, komputerami, generatorem, umywalką, wieszakami. Szyba ochronna ołowiana (okno) pomiędzy pomieszczeniem aparatu rentgenowskiego a sterownią rentgenowską,Intercom pomiędzy pomieszczeniem aparatu RTG a stanowiskiem technika. |  |  |
| 7. | Umeblowaniesterowni |  | Zabudowa biurowaz fotelem dla stanowiska komputerowego wraz z szafkami na dokumentację | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 8. | Wyposażenie w inne urządzenia i sprzęt |  | Umywalka wraz z instalacją wodno­kanalizacyjną (woda ciepła i zimna) ze zbiornikiem wody o pojemności min. 15 l, lampa bakteriobójcza w pomieszczeniu aparaturentgenowskiego - Wentylacja wyciągowo-nawiewowa zapewniająca krotność wymianypowietrza w ciągu godziny zgodnie z obowiązującymi przepisamiz możliwością regulacji* Schody umożliwiające wejście do pracowni zamontowane na stałe w obrysie pojazdu lub rozkładane w sposób

automatyczny | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 9. | System zasilania |  | Umożliwiający zasilanie wszystkich urządzeń nadwoziaz zewnętrznego źródła energii elektrycznej(400 V / 50 Hz)z przewodem przyłączeniowym o długości nie mniej niż 50 metrów zakończonych zewnętrznym gniazdem elektrycznymprzyłączeniowym | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 10. | Materiał użyty do wykończenia ścian i podłogi |  | Materiał trwały i łatwo zmywalny | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 11. | Oświetlenie główne |  | Oparte o zasilanie zewnętrzne oraz awaryjne | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 12 | Schowki |  szt. | min. 2 szt. z prawej i lewej strony pojazdu, schowki plastikowe lub ze stali nierdzewnej umieszczone pod zabudową, zamykane na klucz, | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 13 | Podpory hydrauliczne |  | Hydrauliczne podpory poziomujące i stabilizujące nadwozie podczas wykonywania zdjęć | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Wymagania dotyczące parametrów technicznych aparatu rentgenowskiego****wraz ze stanowiskiem technika** |
| 1. | Cyfrowy aparat RTG |  | Fabrycznie nowy (nierekondycjonowany, niepowystawowy, nieużywany | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Certyfikat CE obejmujący wszystkie elementy aparatu | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Oświadczenie o pochodzeniu z oficjalnego kanału sprzedaży producenta na rynek polski | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Aparat dostosowany przez producenta do zabudowy, transportu w samochodzie ciężarowym , odporny na wstrząsy, mocna konstrukcja całego aparatu, dodatkowe zabezpieczenia lampy i całej konstrukcji aparatu na czas transportu | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Konstrukcja pozwalająca na obrazowanie cyfrowe pionowe oraz poziome przystosowana do wykonywania wszystkich ogólnych rentgenowskich badań diagnostycznych w obrębie klatki piersiowej, brzucha, głowy oraz kończyn | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Aparat ze statywem płucnym i stołem kostnym | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Statyw płucny zamontowany na stałe do podłogi z możliwością regulacji ruchu góra- dół, stół kostny zamontowany na stałe do podłogi bez możliwości regulacji lub z regulacją góra-dół lub blatem „pływającym” | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Automatyka AEC trójpolowa w statywie płucnym oraz stole kostnym | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Wyjmowana bez użycia narzędzi kratka przeciwrozproszeniowa ( w statywie oraz stole )  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Dźwiękowa i / lub świetlna sygnalizacja ekspozycji | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Modyfikacja parametrów ekspozycji ( kV, mAs, ms , wielkość ogniska i wybór komór AEC) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Ogniskowa kratki przeciwrozproszeniowej w statywie płucnym od 150 cm do 180 cm | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Ogniskowa kratki przeciwrozproszeniowej w stole kostnym od 100 cm do 120 cm | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 2. | Generator |  | Generator RTG klasy HF o częstotliwości > lub = 100 kHz | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Moc generatora > lub =40 kW | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Zakres napięć < lub = 40do > lub = 125 kV | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Zakres miliamperów >lub = 500 mA | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 3. |  Lampa RTG |  | Lampa RTG zamontowana na kolumnie podłogowej | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Lampa RTG z wirująca anodą wysokoobrotową z ogniskami 0,6 /1,2 mm | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Pojemność cieplna anody minimum 300 kHU | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Automatyczny system zabezpieczenia lampy przed przegrzaniem | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Wbudowany przymiar liniowy z podziałką centymetrową i wskaźnik laserowy | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Miernik dawki wbudowany w kolimator lampy RTG | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Dodatkowe filtry w kolimatorze ( Cu lub Al.) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 4. |  Detektory  |  | Aparat RTG z dwoma detektorami cyfrowymi  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Detektor mobilny , bezprzewodowy (WIFI) detektor cyfrowy o wymiarach 35 cm x 42 cm z możliwością zabezpieczenia na czas transportu (specjalistyczna walizka transportowa)  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Rozdzielczość matrycy detektora >2800 x >3300 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Drugi detektor cyfrowy wbudowany w statyw o minimalnych rozmiarach pola aktywnego detektora 42 cm x 42 cm i rozdzielczości >3300 x>3300 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Rozdzielczość detektora minimum 7 milionów pikseli  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Rozdzielczość bitowa przetwornika ≥ 16bit | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  | Obudowy detektorów wytrzymałe na uderzenia i wstrząsy | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Zabezpieczenie detektorów przed wnikaniem wody i pyłu klasy: IP66 lub wyższej | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 5. |  Stacja technika |  | Oryginalna, dedykowana stacja technika i stacja generatora | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Stacja technika o parametrach co najmniej: Procesor ≥ 2-rdzeniowy 4-wątkowy, taktowanie 1.60–3.40 GHzPamięć RAM ≥8 GBSystem operacyjny Windows 10 lub wyższyKlawiatura i myszDysk SSD ≥256 GBKarta sieciowa | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Konsola przygotowana do obsługi detektorów bezprzewodowych | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Konsola umożliwiająca podgląd obrazu po wykonaniu zdjęcia | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Stacja akwizycyjna technika wyposażona w: monitor LCD minimum 21 cali, kontrast minimum 700:1, jasność min. 200 cd/m2 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Drugi monitor, z możliwością przełączenia w tryb DICOM o minimalnej rozdzielczości: 1,9 megapiksela; minimalnej, roboczej przekątnej ekranu lub pola obrazowego: 47,5 cm; minimalnej luminancji: 200 cd/m2; minimalnym kontraście: 100/1 oraz wyposażony w cyfrowe złącze przesyłania obrazów  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  | Zintegrowany miernik dawki automatycznie przesyłający dane do systemu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |  |
|  | UPS dobrany mocą do zastosowanego komputera zapewniający automatyczne sekwencyjne zamykanie oprogramowania | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  | Nagrywarka CD/DVD umożliwiająca nagranie płyty z obrazami wybranego pacjenta w standardzie DICOM | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Pamięć systemu pozwalająca na zapamiętanie co najmniej 3000 obrazów | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Lokalny serwer do przechowywania danych w sposób bezpieczny o sumarycznej pojemność ≥ 4TB z możliwością rozbudowy . | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Zestaw fantomów do wykonywania wszystkich testów podstawowych (kolimacja i osiowość z wieszakiem na statyw, fantom jednorodny do oceny kratki przeciwrozproszeniowej, fantom płytowy do oceny funkcjonowania AEC, dawkomierz, fantom do oceny zdolności rozdzielczej wysoko i niskokontrastowej), fartuchy RTG fartuch jednostronny typu płaszcz – 2 szt. , fartuch miednicowy – 1 szt. osłona na gonady męskie- 1 szt., osłona na gonady żeńskie – 1 szt., osłona tarczycy – 2 szt.  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  Oprogramowanie |  | Interfejs w języku polskim lub piktogramy (ikony) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Programy anatomiczne w języku polskim z możliwością edycji przez użytkownika | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Możliwość połączenia danych pacjenta i rodzaju badania z obrazem przed lub po ekspozycji  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ  |  |
|  |  | Informacje w obszarze zdjęcia po ekspozycji: zastosowane parametry ekspozycji, dane identyfikacyjne pacjenta, data wykonania badania,, dodatkowe miejsce na adnotacje, zmierzona wartość dawki  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |
|  6. |  | Interfejs DICOM 3,0 umożliwiający pełną kompatybilność ze stacją lekarską posiadaną przez Zamawiającego | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  | Dodatkowy moduł archiwizacji krótkoterminowej w standardzie DICOM 3.0 obsługujący funkcjonalność DICOM Forwarding i możliwość eksportu DICOM na pamięć przenośną USB | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  | Podstawowe oprogramowanie do obróbki badań pozwalające na zmianę zaczernienia i kontrastu, kolimację prostokątną, obracanie obrazu, prezentacja pozytyw-negatyw, pomiary odległości i kątów, histogram obrazu, automatyczne przesyłanie obrazu w formacie DICOM do minimum 3 systemów/adresów, kompozycja wydruków | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  | Wyszukiwanie obrazów/badań na podstawie zadanych kryteriów, co najmniej: imię i nazwisko pacjenta, identyfikator pacjenta, data wykonania badania, rodzaj badania | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Możliwość otwarcia zamkniętego badania i dodania nowego obrazu z dodatkowej ekspozycji | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Wyświetlanie obrazu badania każdorazowo po wykonaniu skanowania projekcji z możliwością akceptacji lub odrzucenia | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Dostęp do stacji tylko po uprzednim zalogowaniu się przez technika – z możliwością zdefiniowania co najmniej 6 kont | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Uprawnienia lokalnego administratora z możliwością edycji kont dostępu, edycji programów anatomicznych, dostępem do danych wprowadzonych do systemu (takich jak parametry ekspozycji, wiek, płeć). | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Import badań z nośników zewnętrznych | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Możliwość nanoszenia markerów i komentarzy | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Dostęp do danych surowych  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Narzędzia do eksportu danych o wykonanych ekspozycjach dla wybranego zakresu dat, w tym parametrów ekspozycji, wartości dawek, wykonanych procedurach, wieku lub peselu pacjenta. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Narzędzia do danych statystycznych lub możliwość eksportu danych dotyczących zdjęć odrzuconych | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Zapewnienie aktualizacji oprogramowania | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Archiwizacja badań na lokalnym serwerze w ambulansie RTG | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Możliwość tworzenia zapisów na płycie CD z badaniami wielu pacjentów | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Możliwość rejestracji pacjentów z poziomu oprogramowania (rejestracja, wybór badania, podmiot zlecający) | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Kartoteka pacjenta pozwalająca na wyświetlanie historii badań oraz ich podgląd | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | System PACS bez ograniczeń co do pojemności zainstalowanych dysków | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Bezterminowa licencja na użytkowanie oprogramowania PACS | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Darmowa baza danych PACS, nie wymagająca dodatkowych licencji | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  |  |  | Baza danych PACS nieograniczona ilością wpisów | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | **Dodatkowe wymagania, jakie musi spełniać ambulans rentgenowski** |
| 1. | Badania techniczne /homologacja |  | Ambulans rentgenowski musi posiadać świadectwo homologacji dopuszczające do zarejestrowania na terenie RP i przed przekazaniem odbiorcy wykonane indywidualnebadania techniczne w Okręgowej Stacji Diagnostycznej z pisemnym potwierdzeniem o dopuszczeniu dozarejestrowania jako pojazd do celów specjalnych SW | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 2.  | Serwis mobilny |  | Zapewnienie mobilnego serwisu napraw gwarancyjnych wykonywanych w miejscuużytkowania pojazdu na terenie RP w zakresie: gwarancji na elementy zabudowy i wyposażenia specjalnego oraz na zespoły i podzespoły mechaniczne, elektryczne, elektroniczne, opony i szyby w trakcie trwania ich okresu gwarancji niezależnie od liczby przejechanych kilometrów, a także na elementy składowe wchodzące w skład aparatu RTG wraz ze stanowiskiem technika | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 3. | Dostępność serwisu i części zamiennych |  | Zapewnienie dostępności serwisu i części zamiennychw zakresie aparatu RTG przez minimum 10 lat. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 4. | Okres gwarancji i obsługa serwisowa |  | Okres gwarancji i obsługi serwisowej na cały aparat RTG przez okres nie mniejszy niż 2 lata | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 5. | Przeglądy i naprawy w okresie gwarancyjnym |  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązuje się świadczyć nieodpłatnie naprawy gwarancyjne sprzętu i przeglądy serwisowe z wymianą części, co najmniej raz w roku lub zgodnie z zaleceniami producenta | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 6. | Testy bezpieczeństwa potwierdzającespełnianie norm . ochronyradiologicznej |  | Przekazany wraz z testami akceptacyjnymi, spełnienia norm ochrony radiologicznej, testami specjalistycznymi, zgodniez projektem osłon stałych, projektem wentylacji niezbędnych do odbioru przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 7. | Systeminformatyczny wraz z oprogramowaniem |  | Oświadczenie, że stanowiący wyposażenie ambulansu rentgenowskiego system informatyczny wraz z oprogramowaniem spełnia wszystkie wymagania i ma stosowne zabezpieczenia jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/680 z dnia 27 kwietnia 2016 r.(RODO). | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. | Warunki dostawy ambulansu rentgenowskiego do siedziby zamawiającego |  | Ambulans przygotowany do odbioru przez Zamawiającego w jego pełnej gotowości do pracy, bez konieczności dokonywania dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi), z pełną dokumentacją (techniczną oraz instrukcją obsługi w języku polskim, z kartą gwarancyjną aparatu RTG, paszportem technicznym , testami odbiorczymi, testami specjalistycznymi projektem osłon, wentylacji pracowni RTG,  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
| 9.  | Szkolenia personelu |  | Jednodniowe szkolenie personelu z obsługi aparatu rentgenowskiego w terminie 14 dni od daty odbioru przedmiotu zamówienia potwierdzone protokołem w siedzibie Zamawiającego.  | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | Dodatkowe jednodniowe szkolenie aplikacyjne na życzenie zamawiającego w terminie do 24 miesięcy od dostarczenia urządzenia w miejscu wyznaczonym przez zamawiającego. | Wpisać**TAK** - gdy spełnia lub **NIE** - gdy nie spełnia wymagań SWZ |  |
|  | **Pozacenowe kryteria oceny ofert** |
|  | Termin gwarancji na perforację kabiny pojazdu bazowego oraz nadwozia kontenerowego,niezależnie od liczby przejechanych kilometrów | minimum 36 miesięczna gwarancja, wpisać liczbę całkowitą (w miesiącach) |  |
|  | Termin gwarancji na powłokę lakierniczą pojazdu bazowego oraz nadwozia kontenerowego,niezależnie od liczby przejechanych kilometrów | minimum 36 miesięczna gwarancja, wpisać liczbę całkowitą (w miesiącach) |  |
|  | Termin gwarancji na zespoły i podzespołymechaniczne, elektryczne, elektroniczne, opony iszyby niezależnie od liczby przejechanych kilometrów | minimum 24 miesięczna gwarancja, wpisać liczbę całkowitą (w miesiącach) |  |
|  | Termin gwarancji na zespoły i podzespoły aparatu rentgenowskiego wraz ze stanowiskiem technika | minimum 24 miesięczna gwarancja, wpisać liczbę całkowitą (w miesiącach) |  |

**FORMULARZ OFERTOWY**

.............................................................................................................................................

pełna nazwa wykonawcy

..............................................................................................................................................

Adres, REGON, NIP

............................................... ............................................

telefon fax

..................................................

e-mail

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | cena netto w zł | Stawka VAT | wartość brutto w zł |
| Ambulans rentgenowski…………………………………….(marka pojazdu bazowego)…………………………………….(marka, model aparatu RTG) |  |  |  |

Wartość netto oferty: ..............................

słownie: ..................................................................................................

Wartość brutto oferty: ..............................

 słownie: ..............................................................................................

Oświadczam, iż zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom wykonanie nw. części zamówienia....................................................

Oświadczam, że firma, którą reprezentuję jest mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem\*.

.....................................................................

 Podpis osoby (osób) upoważnionej

 **\* niepotrzebne skreślić** do reprezentowania wykonawcy